

**Allegato 4 Questionario di Gradimento**

**PAZIENTE AMBULATORIALE**

Gentile paziente,

al fine di venire incontro, sempre di più, alle Sue esigenze/aspettative abbiamo predisposto un sistema di misurazione del livello di soddisfazione degli utenti che usufruiscono delle prestazioni erogate presso la nostra struttura.

Il suo contributo ci sarà molto utile per migliorare il nostro servizio e le prestazioni che offriamo.

Le chiediamo, quindi, di rispondere ai seguenti semplici quesiti indicando il suo livello di soddisfazione sui servizi erogati dal Centro:

	<b>Si ritiene soddisfatto circa:</b>	<b>per nulla soddisfatto</b>	<b>poco soddisfatto</b>	<b>soddisfatto</b>	<b>Molto soddisfatto</b>
<b>Fase di prenotazione</b>	1. Informazione relative ai servizi offerti <b>(POSSIBILITÀ DI VISITE SPECIALISTICHE, ORARI, CONDIZIONI ESENZIONE TICKET, ACCOMPAGNAMENTI ECC.)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Tempi di attesa per la prenotazione delle terapie	<input type="checkbox"/> > 10 g	<input type="checkbox"/> < 10 g	<input type="checkbox"/> < 7 g	<input type="checkbox"/> < 5 g
<b>Fase di attesa</b>	3. Condizioni di accesso: Cortesia e disponibilità, accoglienza della sala d'attesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4. Tempi di attesa per l'esecuzione delle terapie	<input type="checkbox"/> > 20 min	<input type="checkbox"/> < 20 min	<input type="checkbox"/> < 15 min	<input type="checkbox"/> < 10 min
<b>Fase di assistenza sanitaria</b>	5. Chiarezza delle informazioni sugli effetti delle terapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6. Cortesia e disponibilità dei terapisti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7. Assistenza al termine di un ciclo di terapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Fase di prestazione sanitaria</b>	8. Dotazioni della struttura (box, apparecchiature, materiali)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9. Pulizia ed igiene della struttura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10. Miglioramento percepito al termine del ciclo di terapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Fase di dimissione o partecipazione</b>	11. rispetto privacy e dignità umana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12. Chiarezza e disponibilità questionari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	13. Semplicità raccolta suggerimenti o reclami, risposte a reclami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	14. Pubblicizzazione risultati indagini utenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le è capitato di aver dimenticato di segnalare al personale sanitario qualche informazione che poi si è rivelata importante?

---

---

---

È capitato per caso a Lei o a qualche altro paziente di cadere? Se sì, per quale motivo?

---

---

---

È capitata qualche situazione per cui le è stata modificata la cura?

---

---

---

Che cosa ritiene potrebbero fare i pazienti per aiutare il personale a migliorare ulteriormente le cure e la sicurezza?

---

---

---

Che cosa pensa che potrebbe essere utile fare nel Ambulatorio Melandro per migliorare la qualità e la sicurezza del paziente?

---

---

---

ETÀ \_\_\_\_\_ SESSO M  F

PAZIENTE MATTINA  PAZIENTE POMERIGGIO

PRIMA VOLTA AL CENTRO \_\_\_\_\_ SI  NO

NOME E COGNOME (FACOLTATIVO)

FIRMA (FACOLTATIVA)

DATA (OBBLIGATORIA): \_\_/\_\_/\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_